

MADERA DIAL-A-RIDE

123 Norte Calle "E"
Madera, CA 93637
(559) 661-RIDE (7433)

APLICACIÓN PARA ELEGIBILIDAD DE ADA PARATRÁNSITO

Esta aplicación será usada para determinar si usted es elegible para recibir servicios de prioridad en Madera Dial-A-Ride (DAR) bajo el Acto de Americanos con Incapacidades (ADA). DAR sirve al público general con énfasis a señiors (ancianos) y pasajeros incapacitados. Para más detalles en cuanto al Plan del Servicio Paratrásito de la Ciudad de Madera visite la red (www.cityofmadera.org o llame al 559-661-3689).

Si usted tiene una incapacidad que le impide usar los servicios de la ruta-fija, como MAX, por favor de llenar esta forma. Esta aplicación puede ser escrita por usted, un familiar o amigo. Es importante que conteste todas las preguntas en esta forma. Evaluación de su petición no puede comenzar hasta recibir la forma llenada por completo. Por favor anote que una declaración de doctor no es requerida, pero podemos contactar a un profesional licenciado para verificación. Por favor de regresar su aplicación al domicilio arriba en esta página. Toda la información obtenida por medio de este proceso de certificación se mantendrá confidencial. Por favor llame al personal del DAR al (559) 661-RIDE (7433) si tiene cualquier pregunta o si necesita un formato alternativo.

Obtendrá una respuesta dentro de 21 días después de recibir su forma. En el evento que el proceso tome más largo de 21 días, puede asumir que es elegible hasta que sea notificado. Los pasajeros calificados recibirán una tarjeta de elegibilidad de ADA Paratrásito y será válida por 3 años de la fecha que se le otorgo. Elegibilidad negada puede ser apelada contactando por escrito a la Ciudad de Madera, División del Transito 205 W. 4th Street (205 oeste Calle 4), Madera, CA 93637 o llamando al (559) 661-3689.

MADERA DIAL-A-RIDE

123 North "E" Street, Madera, CA 93638 - Teléfono: (559) 661-7433

NOMBRE: _____ DATE OF BIRTH: _____
Primer nombre Segundo Apellido Mes Día Año

DIRECCION: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

TELÉFONO: (Día) _____ (Noche) _____ TDD? Si ___ No ___

Correo electrónico: _____

Describe en sus propias palabras la incapacidad que le **impide** el uso de ruta fija - servicio del autobús, y como le impide. (Si es necesario, use hoja extra): _____

¿Esta condición es temporal? Si su respuesta es si, hasta que fecha (vencimiento): ____/____/____

Por favor marque los moblajes de ayuda que usted use:

- Silla de Ruedas Manual Silla Motorizada Motoneta Motorizada Servicio de Animal
 Bastón Muletas Andador Oxígeno
 Otro (por favor explique) _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Qué tan lejos puede viajar sin la asistencia de otra persona? _____ Pies _____ cuerdas

¿Puede subir un escalón de 12 pulgadas sin la asistencia de otra persona?

Si ___ No ___ Algunas veces ___ Si es no o algunas veces, explique _____

¿Puede esperar en la parada del autobús sin ninguna ayuda por 10 minutos?

Si ___ No ___ Algunas veces ___ Si es no o algunas veces, explique _____

¿Su incapacidad es afectada por la temperatura o el clima?

Si ___ No ___ Algunas veces ___ Si es no o algunas veces, explique _____

¿Necesita un acompañante o asistente para que le ayude con su viaje o propósito de viajar?

Si ___ No ___ Algunas veces ___ Si es no o algunas veces, explique _____

¿Tiene alguna dificultad en entender como se usa el autobús o como encontrar la parada del autobús?

Si ___ No ___ Algunas veces ___ Si es no o algunas veces, explique _____

Puede que sea necesario contactar a un médico u otro profesional licenciado para verificar la información requerida. Por favor provee la siguiente información y firme la forma dando su autorización (escoja de lo siguiente):

- Medico Profesional de Cuidado de la Salud Profesional de Rehabilitación

Nombre: _____

Domicilio: _____
Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____

Por este medio certifico que la información proveída en esta aplicación es correcta, y estoy de acuerdo que esta información se comparta con Madera Dial-A-Ride para el propósito de certificar la elegibilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Si asistencia fue suministrada para llenar esta forma, por favor indique el nombre de la persona:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: (Día) _____ - _____ (Tarde) _____ - _____

Por favor mande por correo su aplicación al:

CIUDAD DE MADERA
ATTN: DIAL-A-RIDE ADA APPLICATION
123 North "E" Street (123 Norte Calle "E")
Madera, CA 93637

SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA

Fecha recibida: ____/____/____

Certificación Temporal: Fecha: ____/____/____ Se Vence: ____/____/____

Negado: ____/____/____

Notificación enviada: ____/____/____

Revisado por:

Nombre: _____ Título: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Apelación Recibida: ____/____/____

Determinación de Apelación: ____/____/____

Certificación Permanente: Fecha: ____/____/____ Se Vence: ____/____/____

Certificación Temporal: Fecha: ____/____/____ Se Vence: ____/____/____

Negado: ____/____/____ Razon: _____

Notificación enviada: ____/____/____

Revisado por:

Nombre: _____ Título: _____

Firma: _____ Fecha: _____

5/29/15